

阔筋膜张肌肌皮瓣加半腱肌肌瓣联合修复臀部褥疮 14 例

熊爱兵 何小川 郭杰 郭力

深度创面仍是外科较难处理的问题,如面积大而深达骨质的褥疮。应用局部皮瓣、肌皮瓣及筋膜皮瓣修复,是目前较好的方法之一^[1,2]。1992 年以来,笔者单位应用阔筋膜张肌肌皮瓣加半腱肌肌瓣联合修复坐骨结节部、股骨大粗隆部褥疮 14 例,疗效满意。

临床资料:本组病例均为外伤性高位截瘫,其中男 13 例、女 1 例,年龄 20~38 岁,平均 25 岁;病程 2 个月~9 年;褥疮面积最大 13 cm×3 cm,最小 6 cm×4 cm。

创面处理:彻底切除患者溃疡创面,包括四周的瘢痕、钙化的软组织及新液囊,适当凿除明显的骨隆突,打开所有窦道并切除窦道瘢痕。清除死骨,涉及关节囊时应清除囊内不洁组织及脓液。用体积分数 3% 过氧化氢溶液、100 g/L 碘伏和等渗盐水依次清洗创面 2 次,使褥疮基底部成为相对新鲜的创面,庆大霉素盐水纱布湿敷待用。

阔筋膜张肌肌皮瓣:(1)修复股骨大粗隆部褥疮时,皮瓣可设计为“靴形”(图 1),蒂前上斜至膝关节中点的连线为皮瓣的内侧线,皮瓣后界不超过股外侧肌间隔,下界可达膝关节上 5 cm。皮瓣面积应比创面大 15%,向后上旋转 90°,以恰好能无张力覆盖创面为佳。(2)修复坐骨结节部褥疮时,按图 2 设计阔筋膜张肌皮瓣,向后旋转覆盖创面。



图 1 阔筋膜张肌肌皮瓣的设计。A. 皮瓣;B. 植皮区;S. 病灶

半腱肌肌瓣:掀起阔筋膜张肌肌皮瓣后,沿所切皮瓣的边缘向后分离大腿后部皮瓣,切开深筋膜,分离出半腱肌。在半腱肌近端注意不要损伤进入该肌的血管,根据需要进行远端横离,向后翻转 180°,填塞于局部缺损腔中(图 2)。供皮瓣区经充分分离后多可直接缝合,其余行游离中厚皮移植。本组病例游离半腱肌最长达 16 cm。

结果:用该方法修复患者坐骨结节部褥疮 10 例,股骨大粗隆部褥疮 4 例。治疗后随访 4 例,效果满意。

讨论 临床上很多患者因截瘫等需长期卧床而又护理不当,致体表骨隆突部如骶骨、坐骨结节、股骨大粗隆等部位



图 2 阔筋膜张肌肌皮瓣加半腱肌肌瓣联合修复臀部褥疮。a. 手术前缺损创面为 7 cm×7 cm×7 cm;b,c. 半腱肌肌瓣制备过程;d. 手术后 20 d

受压,局部缺血缺氧、血管堵塞,组织坏死腐烂而形成褥疮。坐骨结节部位的褥疮比较深,呈外小内大状,常伴有窦道。若仅用筋膜皮瓣修复,难以完全填塞组织缺损后的空腔,易造成术后腔内积血,继发感染。半腱肌肌瓣由第 1,2 穿支血管供血,血供可靠,切取方便,肌腹最长游离达 16 cm,宽约 3 cm,可塑性良好。它能完全填塞其中,外用阔筋膜张肌肌皮瓣覆盖后,局部形成良好的软组织垫,可有效预防褥疮复发。

阔筋膜张肌肌皮瓣常为修复较大的股骨大粗隆部褥疮的首选皮瓣。该皮瓣为轴形,以旋股外侧动脉的升支为支配血管,血供好,面积大,可有效填塞较浅的褥疮和覆盖较大面积的组织缺损。皮瓣切取灵活,局部创伤小,转移方便,修复后皮瓣呈“靴形”,但向内不超过股内肌间隔,无血液循环障碍之忧。依笔者的经验,术中分离阔筋膜张肌肌皮瓣蒂部时应十分注意紧贴股直肌后侧走行的旋股外侧动脉,避免损伤;为延长血管蒂,必要时可切断股直肌,待肌皮瓣转移后重新缝合。进入肌肉的神经一般不切断,以免引起肌肉萎缩。术后膝关节作适当固定有利于肌皮瓣的愈合。

本组病例随访最长时间仅 1 年半,远期效果尚有待进一步观察。

参 考 文 献

- 覃大海. 皮瓣及肌皮瓣在褥疮修复中的应用体会. 中国现代医学杂志, 2002, 12: 74.
- 海恒林, 戴海华, 李华涛, 等. 治愈骶尾部双侧坐骨结节巨大褥疮一例. 中华整形外科杂志, 2002, 18: 191-192.

(收稿日期: 2006-04-17)

(本文编辑: 王旭)

作者单位: 646000 四川泸州医学院附属医院整形美容烧伤外科



中华烧伤学会杂志社
Chinese Burns Association Publishing House

版权所有 违者必究

Q2xvdWRWZXiJzaW9uLQo?